

# The Comparison of Neuroticism/Psychoticism, Introversion/Extroversion and Coping Styles in Students of Families with Religious and Non-Religious Attitude

Somaieh Namazi<sup>1\*</sup>, Shiva Karimkhani<sup>2</sup>, Mariam Setaiesh<sup>3</sup>, Fateme Seidi Rad<sup>4</sup>

1- Department of Consulting, Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran.

2- Exceptional Children Department of Psychology, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran.

3- Department of Psychology, The Islamic Azad University Of Bandar Abbas, Bandar Abbas, Iran.

4- Department of Psychology, Semnan Payam Noor University, Semnan, Iran.

\*Correspondence should be addressed to Mrs. Somaieh Namazi; Email: [somayehnamazi@gmail.com](mailto:somayehnamazi@gmail.com)

## Article Info

Received: Nov 5, 2016

Received in revised form:

Dec 24, 2016

Accepted: Jan 2, 2017

Available Online: Mar 4, 2017

## Keywords:

Coping Styles

Introversion/Extroversion

Family

Neuroticism/Psychoticism

Student

## Abstract

**Background and Objective:** The family as a social institution has an important role in children's psychological development. This study was examined the neuroticism-psychoticism, introversion-extroversion and coping styles in Students whose families believe in religion in comparison with secular families.

**Method:** The present study was a causal-comparative study. The statistical population was all the middle school students in Kermanshah City, in 2016. 380 people were selected using Krejcie and Morgan table and multi-stage cluster sampling. They completed ROQ (by their parents), EPQ-AF and CISS questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics, ANOVA and Tukey tests. All ethical issues were observed. Moreover, the authors did not report conflict of interest.

**Results:** Correlation and analysis of variance showed that personality dimensions of neuroticism and psychoticism have negative correlation with problem-oriented coping style and avoidance coping style, positive relation ( $P < 0.001$ ). Extraversion- showed positive relationship with problem oriented coping style and negative relationship with the emotion and avoidance, ( $P < 0.001$ ). Also, results showed that neuroticism, psychosis and extroversion were higher in non-religious people and religious people more than other people used Problem-focused coping style ( $P < 0.001$ ).

**Conclusion:** According to this study, religious belief has inhibitory role in the occurrence of mental disorders. Thus strengthening the foundations of religious beliefs in society, especially in students is an effective step in prevention.

Please cite this article as: Namazi S, Karimkhani Sh, Setaiesh M, Seidi Rad F. The Comparison of Neuroticism/Psychoticism, Introversion/Extroversion and Coping Styles in Students of Families with Religious and Non-Religious Attitude. J Res Relig Health. 2017; 3(2): 53- 65.

## Summary

**Background and Objectives:** When it comes to children's psycho-social adjustment, crucial implications arise from family-based educational and behavioral patterns (1). Findings of various studies have shown that family experiences affect all aspects of children's life (2, 3). It seems that mental health problems among students fall into the category of significant social issues in today's world (4). Psychological pressures are also observed in four-year-

old children (5, 6). According to Quran verses, children adopt parents' way of living (7). Religiosity is a religious endeavor through which individual's attitudes, tendencies and actions can be affected (8). A person's values and religious symbols are manifested in his attitudes, tendencies, and both overt and covert actions (9, 10). One of the most important functions of religiosity is personality growth and psychological support (10-12).

Personality dimensions and coping style are psychological variables which interact with individuals' health (13-16). Personality, in the case of

maladaptive traits and characteristics, could lead to some mental and physical disorders (14, 16). According to Eysenck's theory, personality includes three temperamental factors of extraversion, neuroticism and psychosis (17-19). Since defense mechanisms at this age are not still enough to cope with psychological and mental damages, dealing with stressful factors leads to more psycho-social abnormalities when compared to adults (20). The use of dysfunctional and negative coping styles in dealing with problematic factors could lead to problems while the use of functional and positive ones could prevent destructive effects of stress (14, 16, 21). The research conducted by Womble, et al. (22) showed that there is a positive and significant relationship between personality dimensions of extraversion, emotional stability, openness to experience and health; but this relationship is negative and inverse between neurosis, psychosis and health. A research conducted by Griffith, et al. (23) has also shown that religious tendencies along with psychotherapy can help the healing process. The study conducted by Salehi and Mosalman (24) and Salmabadi, et al. (25) revealed the relationship between personality, religious attitudes and health. One of the most controversial issues in physical and mental health is paying attention to children and teenage students with psychological disorders (4, 5). If students' problems continue with no detection and treatment, mental health problems will be more serious in the long term. Therefore, this study aims to compare neurosis / psychosis, introversion / extraversion features and coping styles in students with families with religious and non-religious attitudes.

**Method:** This study has adopted a causal-comparative design. The research population includes all students studying at junior high school (middle school) in Kermanshah in 2016. Sample size was estimated to be 380 through Krejcie & Morgan table using multi-stage cluster sampling. First, a list of clusters (schools) was prepared and their sampling frameworks were determined. According to the scores obtained from questionnaires, 100 families were categorized as religious group, 100 families in non-religious group and 180 families in three groups of theoretical believer, practical believer and less believer. Data were collected using *religious orientations* (26), *Child-Eysenck Personality* (27, 28) and *coping with stress* questionnaires (29). To analyze the data, in addition to descriptive statistics, one-way ANOVA and Tukey's post hoc test were used.

**Results:** Among 380 participants, 27% fell into religious group, 27% into non-religious group, 19% into theoretical believers, 16% into practical believers, and 11% into less believers group. The mean of total score of the participants in religious group in terms of personality dimension was 11.40, in non-religious group was 20.04, and in the other three groups of theoretical believer, practical believer and less believer group were 8.19, 9.93 and 18.82, respectively. According to the subscale of coping style, the mean score in religious group for problematic coping style

was 3.17 and in non-religious group was 2.06. Also, analysis of one-way ANOVA demonstrated that there is a significant relationship among groups in three dimensions of neuroticism ( $F=12.78$ ,  $P<0.001$ ), psychosis ( $F=0.72$ ,  $P<0.003$ ) and extraversion ( $F=5.14$ ,  $P<0.001$ ), but there is no difference among groups in terms of introversion dimension ( $F=3.58$ ,  $P>0.632$ ). As for coping styles, a significant difference was observed among groups in problematic coping style ( $F=11.32$ ,  $P<0.001$ ); but this difference was not significant in dysfunctional emotion-focused ( $F=12.93$ ,  $P>0.723$ ) and avoidance coping styles ( $F=2.27$ ,  $P>0.119$ ).

To spot differences between groups, Tukey's post hoc test was used. The research results indicated that the rates of traumatic personality dimensions (neurosis, psychosis and introversion) and dysfunctional coping style (emotion-based and avoidance styles) seem to be lower in religious groups than secular ones and this difference is statistically significant ( $P<0.001$ ).

**Conclusion:** The findings demonstrated that regarding three dimensions of personality, namely neuroticism, extraversion and psychosis, there is a significant difference among groups but there was no difference between groups in terms of introversion dimension. The research results are consistent with findings of previous studies (22, 23, 30-32). Various studies have shown that personality traits of parents affect personality traits of children (33). Psychological and personality problems, despite the resistance to changes, are outcomes of disbelief and weak religious affiliations. On the other hand, neurosis and psychosis may be prior to such problems (18, 33).

Furthermore, the research results indicated that there is a significant difference in problematic coping styles among groups under investigation, but this difference was not significant in dysfunctional styles. This finding was consistent with those of previous studies (23, 34, 35). Severe pain, loss of close relatives and stresses of everyday life make individuals psychologically helpless and desperate. One of the ways leading to human comfort is the remembrance of God as introduced in verse 28 of Sura Ar-Ra'd (36). Finally, it can be said that the structure of families with religious attitudes plays an effective role in raising children who can deal with the stresses of everyday life, use more adaptive coping opportunities, and develop stable personalities in terms of mental health.

## References

1. Bramlett MD, Blumberg SJ. Family structure and children's physical and mental health. *Health affairs*. 2007;26(2):549-58.
2. Chai LK, Burrows T, May C, Brain K, See DW, Collins C. Effectiveness of family-based weight management interventions in childhood obesity: an umbrella review protocol. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. 2016;14(9):32-9.

3. Shafipour Z, Sheikhi A, Mirzaei M, KazemnezhadLeili E. Parenting styles and its relation with children behavioral problems. *Holist Nurs Midwifery*. 2015; 25(2): 49-56.(Full Text in Persian)
4. Fenske JN, Petersen K. Obsessive-Compulsive Disorder: Diagnosis and Management. *American family physician*. 2015; 92(10): 896-903.
5. Devriese J, Dhar M, Walleghe D, van West D. Hallucinations and obsessive behaviour in an infant with autism spectrum disorder: diagnostic problems. *Tijdschrift voor psychiatrie*. 2015;57(8):608-12.
6. Heidarizadeh N, Behrouz B. The Epidemiology and clinical features of obsessive beliefs and obsessive-compulsive disorder in 8-17 Year old students at Kermanshah City in 2015. *Community Health journal*. 2016;9(4):49-61.(Full Text in Persian)
7. Ahmadi AA. *Personality Psychology from Islamic Perspective*. Tehran: AmirKabir Publication; 2015. (Full Text in Persian)
8. Edgren EL. What Has Religion Got to Do With It? *Critical Care Medicine*. 2016;44(11):2109-10.
9. AbdAleati NS, Zaharim NM, Mydin YO. Religiousness and mental health: systematic review study. *J Relig Health*. 2016; 55(6): 1929-37.
10. Holmes CJ, Kim-Spoon J. Positive and negative associations between adolescents' religiousness and health behaviors via self-regulation. *Religion, Brain & Behavior*. 2016; 6(3): 188-206.
11. Koenig LB. Change and Stability in Religiousness and Spirituality in Emerging Adulthood. *The Journal of genetic psychology*. 2015;176(6):369-85.
12. Espinosa-Hernández G, Bissell-Havran J, Nunn A. The role of religiousness and gender in sexuality among Mexican adolescents. *The Journal of Sex Research*. 2015; 52(8): 887-97.
13. Zhou Y, Li D, Li X, Wang Y, Zhao L. Big five personality and adolescent Internet addiction: The mediating role of coping style. *Addictive Behaviors*. 2017; 64: 42-8.
14. Kwarta P, Pietrzak J, Miśkowiec D, Stelmach I, Górski P, Kuna P, et al. Personality traits and styles of coping with stress in physicians. *Polski merkuriusz lekarski: organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*. 2016; 40(239): 301-7.
15. Bargiel-Matusiewicz K, Kroemeke A. Personality traits and coping styles in women with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome. *Archives of medical science: AMS*. 2015;11(6):1244-9.
16. Xu H, Mu L, Xie X. Relationship of left-behind children's mental health, coping style, personality and self-efficacy. *Wei sheng yan jiu= Journal of hygiene research*. 2015;44(4):559-64.
17. Watson D, Stasik SM, Ellickson-Larew S, Stanton K. Extraversion and psychopathology: A facet-level analysis. *Journal of abnormal psychology*. 2015; 124 (2): 432-46.
18. McCarter KL, Halpin SA, Baker AL, Kay-Lambkin FJ, Lewin TJ, Thornton LK, et al. Associations between personality disorder characteristics and treatment outcomes in people with co-occurring alcohol misuse and depression. *BMC psychiatry*. 2016; 16(1): 210-23.
19. Huguelet P, Brandt P, Mohr S. The assessment of spirituality and religiousness in patients with psychosis. *L'Encephale*. 2016; 42(3): 219-25.
20. Holmes C, Kim-Spoon J. Why are Religiousness and Spirituality Associated with Externalizing Psychopathology? A Literature Review. *Clinical child and family psychology review*. 2016; 19(1): 1-20.
21. Rice VJ, Overby C, Boykin G, Jeter A, Villarreal J, editors. *How Do I Handle My Life Now? Coping and the Post Traumatic Stress Disorder Checklist-Military Version*. Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting; 2014: 58(1):1252-56. SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA.
22. Womble MN, Labbé EE, Cochran CR. Spirituality and personality: understanding their relationship to health resilience. *Psychological reports*. 2013; 112(3): 706-15.
23. Griffith JL, Myers N, Compton MT. How can community religious groups aid recovery for individuals with psychotic illnesses? *Community mental health journal*. 2016; 52(7): 775-80.
24. Salehi I, Mosalman M. Evaluation of the relationship between religious attitude and depression, anxiety and stress in students of Guilan University. *Religion & Health*. 2015; 3(1): 57-64. (Full Text in Persian)
25. Salmabadi M, Farahbakhsh K, Zolfaghari SH, Sadeghi M. Evaluation of the relationship between islamic lifestyle and students' mental health at Birjand University. *Religion & Health*. 2015;3(1):1-10.(Full Text in Persian)
26. Gharibi H, Gholizadeh Z. The relationship between religious orientation and general health. *Marifat Journal*. 2011;103(2):88-102.(Full Text in Persian)
27. Sagoe D, Andreassen CS, Molde H, Torsheim T, Pallesen S. Prevalence and Correlates of Anabolic-Androgenic Steroid Use in a Nationally Representative Sample of 17-Year-Old Norwegian Adolescents. *Substance use & misuse*. 2015;50(2):139-47.
28. Rahimi Nezhad A. Adolescents form Eysenck Personality Questionnaire standardization in male and female adolescents in Tehran. *Journal of Psychology & Education*. 33(1):29-54.(Full Text in Persian)

29. Dehghani S, Izadikhah Z, MohammadTaghiNasab M, Rezaei E. The Path analysis of early maladaptive schemas, coping strategies and mental quality of life. J Res Behave Sci. 2014;12(1):1-8. (Full Text in Persian)
30. Li X, Chi P, Sherr L, Cluver L, Stanton B. Psychological resilience among children affected by parental HIV/AIDS: a conceptual framework. Health psychology and behavioral medicine. 2015;3(1):217-35.
31. Demirci K, Yıldız M, Selvi C, Akpınar A. The relationship between childhood trauma and type D personality in university students. International Journal of Social Psychiatry. 2016;62(6):542-8.
32. Rakovec-Felser Z. The Sensetive and Fulfillment of Psychological NEEDS: Medical, Health Care and Students. Collegium antropologicum. 2015;39(3):541-50.
33. Tavakolli Hamed H, Towhidi A, Rahmati A. The relationship between the mothers personality traits andtheir children's personality traits and creativity. Journal of Personality & Individual Differences. 2016;5(1):123-40.(Full Text in Persian)
34. Borges MdS, Santos MBC, Pinheiro TG. Social representations about religion and spirituality. Revista brasileira de enfermagem. 2015;68(4):609-16.
35. Lucchetti G, Ramakrishnan P, Karimah A, Oliveira GR, Dias A, Rane A, et al. Spirituality, religiosity, and health: A comparison of physicians' attitudes in Brazil, India, and Indonesia. International journal of behavioral medicine. 2016;23(1):63-70.
36. Robin Dimatteo M. The Psychology of Health. Tehran: SAMT; 2016. p.760-62 .(Full Text in Persian)

## مقارنة العصابية، الذهانية، الانطواء والانبساط واساليب المواجهة في طلاب الاسر ذات التوجهات الدينية وغير الدينية

سميه نمازي<sup>١\*</sup>، شيواكريم خاني<sup>٢</sup>، مريم ستايش<sup>٣</sup>، فاطمه سعيدي راد<sup>٤</sup>

١- قسم الاستشارات، جامعة العلامة الطباطبائي، طهران، ايران.

٢- قسم علم النفس للأطفال الاستثنائيين، جامعة آزاد الإسلامية، الفرع المركزي في طهران، طهران، ايران.

٣- قسم علم النفس، جامعة آزاد الإسلامية بندرعباس، بندرعباس، ايران.

٤- قسم علم النفس، جامعة بيام نور سمنان، سمنان، ايران.

\* المراسلات موجهة إلى السيدة سميه نمازي؛ البريد الإلكتروني: [somayehnamazi@gmail.com](mailto:somayehnamazi@gmail.com)

### معلومات المادة

الوصول: Nov ٥، ٢٠١٦

وصول النص النهائي: Dec ٢٤، ٢٠١٦

القبول: Jan ٢، ٢٠١٧

النشر الإلكتروني: Mar ٤، ٢٠١٧

### الألفاظ الرئيسية:

التلميذ، الذهانية

الاسرة

اسلوب المواجهة

العصابية

الانبساط

الانطواء

### الملخص

**السابقة و الهدف:** ان الاسرة هي المؤسسة الاجتماعية الاولى والتي لها دور مهم في التطور النفسي للأطفال ولهذا فإن هذه الدراسة قامت وبغرض المقارنة بين العصابية، الذهانية، الانطواء والانبساط واساليب المواجهة في طلاب اسر الذين لهم توجهات دينية او غيرها.

**الأساليب:** تم هذا البحث بطريقة سببية - مقارنة وتشمل المجتمع الاحصائي جميع طلاب المرحلة المتوسطة في مدينة كرمشاه عام ١٣٩٥ (٢٠١٦) مستخدماً جدول كرجسي ومورغان وباخذ العينات العنقودية متعددة المراحل، وتم اختيار ٣٨٠ منهم طالبين منهم ملء استبيانات التوجهات الدينية (ROQ) و استبيان ايزنك للشخصية وتشكل المراهقين (EPQ-AF) واستراتيجيات التعامل مع المواقف الضاغطة (CISS) وقد تم تحليل المعطيات بطريقة الاحصاء الوصفي وتحليل التباين الاحادي واختبار توكي الاحصائي. تمت مراعاة جميع الموارد الاخلاقية في هذا البحث وازافة الى هذا فإن مؤلفي المقالة لم يبلغوا عن تضارب المصالح.

**المكشوفات:** اشار معامل الارتباط وتحليل التباين الاحادي ان الابعاد الشخصية للعصابية والذهانية لها علاقة سلبية مع الاساليب الموجهة نحو حل المشاكل ولها علاقة ايجابية مع اسلوب التكيف والتجنب ( $P < 0.001$ ) وازافة الى هذا، فإن للانبساط علاقة ايجابية مع الاساليب الموجهة نحو حل المشاكل وكذلك علاقة سلبية مع العاطفة والتجنب ( $P < 0.001$ ). كما أظهرت النتائج أن العصابية والذهانية والانبساط في الأفراد غير المتدينون اعلى درجة من المعتقدين. ويستخدم المتدينون الاساليب الموجهة نحو حل المشاكل اكثر من غيرهم.

**النتيجة:** وفقاً لنتائج هذه الدراسة فإن للمعتقدات الدينية دوراً رادعاً امام حدوث الاختلالات النفسية، اذن تعزيز المبادئ الاعتقادية والمعتقدات الدينية في المجتمع ولاسيما في التلاميذ هو خطوة مؤثرة في الوقاية من الامراض النفسية.

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Namazi S, Karimkhani Sh, Setaiesh M, Seidi Rad F. The Comparison of Neuroticism/Psychoticism, Introversion/Extroversion and Coping Styles in Students of Families with Religious and Non-Religious Attitude. J Res Relig Health. 2017; 3(2): 53- 65.



## مقایسه‌ی روان‌رنجوری / روان‌پریشی، درون‌گرایی / برون‌گرایی و سبک‌های مقابله‌ی در دانش‌آموزان خانواده‌های با نگرش دینی و غیردینی

سمیه نمازی<sup>۱\*</sup>، شیوا کریمخانی<sup>۲</sup>، مریم ستایش<sup>۳</sup>، فاطمه سعیدی راد<sup>۴</sup>

۱- گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۲- گروه روان‌شناسی کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

۳- گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد بندر عباس، بندر عباس، ایران.

۴- گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور سمنان، سمنان، ایران.

مکاتبات خطاب به خانم سمیه نمازی؛ پست الکترونیک: [somayehnamazi@gmail.com](mailto:somayehnamazi@gmail.com)

### اطلاعات مقاله

دریافت: ۱۵ آبان ۹۵

دریافت متن نهایی: ۴ دی ۹۵

پذیرش: ۱۳ دی ۹۵

نشر الکترونیکی: ۱۴ اسفند ۹۵

### واژگان کلیدی:

خانواده

دانش‌آموز

درون‌گرایی / برون‌گرایی

روان‌رنجوری / روان‌پریشی

سبک مقابله

### چکیده

**سابقه و هدف:** خانواده نخستین نهاد اجتماعی است که نقش مهمی در تحول روان‌شناختی فرزندان دارد. از این رو، این پژوهش با هدف مقایسه‌ی روان‌رنجوری / روان‌پریشی، درون‌گرایی / برون‌گرایی و سبک‌های مقابله‌ی، در دانش‌آموزانی که خانواده‌های آنان نگرش دینی و یا غیردینی دارند، صورت گرفته است.

**روش کار:** این پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ی است. جامعه‌ی آماری شامل همه‌ی دانش‌آموزان دوره‌ی راهنمایی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۵ است که با استفاده از جدول کرجسی و مورگان و با روش نمونه‌گیری خوشه‌ی چندمرحله‌ی، ۳۸۰ نفر از آنان انتخاب شدند؛ و پرسش‌نامه‌های گرایش دینی (ROQ)، شخصیت - فرم نوجوانان (EPQ-AF) و سبک مقابله (CISS) را تکمیل کردند. داده‌های به‌دست آمده با روش‌های آمار توصیفی، تحلیل واریانس یک طرفه و آزمون تعقیبی توکی تحلیل شده است. در این پژوهش همه‌ی موارد اخلاقی رعایت شده است. همچنین نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

**یافته‌ها:** ضریب همبستگی و تحلیل واریانس یک طرفه نشان داده که ابعاد شخصیتی روان‌رنجوری و روان‌پریشی با سبک مقابله‌ی مسئله‌مدارانه، رابطه‌ی منفی و با سبک‌های هیجان‌مداری و اجتنابی، رابطه‌ی مثبت دارد ( $P < 0/001$ ). علاوه‌براین، برون‌گرایی نیز با سبک مقابله‌ی مسئله‌مدارانه، رابطه‌ی مثبت و با هیجان‌مداری و اجتناب، رابطه‌ی منفی دارد ( $P < 0/001$ ). همچنین، نتایج نشان داده که روان‌رنجوری، روان‌پریشی و برون‌گرایی در افراد غیرمذهبی بالاتر از افراد دین‌باور است و افراد مذهبی بیشتر از دیگران از سبک مقابله‌ی مسئله‌مدار استفاده می‌کنند ( $P < 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج این پژوهش، باور دینی در بروز اختلال‌های روانی، نقشی بازدارنده دارد. بنابراین تقویت مبانی اعتقادی و باورهای دینی در جامعه به‌ویژه در دانش‌آموزان، گامی مؤثر در پیشگیری است.

استناد مقاله به این صورت است:

Namazi S, Karimkhani Sh, Setaiesh M, Seidi Rad F. The Comparison of Neuroticism/Psychoticism, Introversion/Extroversion and Coping Styles in Students of Families with Religious and Non-Religious Attitude. J Res Relig Health. 2017; 3(2): 53- 65.

## مقدمه

خانواده جایگاه مهمی در چارچوب نهادهای جامعه دارد و تنها نهادی است که وظیفه‌ی دگرگون کردن ارگانیسم زیستی و تبدیل آن به موجود انسانی را بر عهده دارد. خانواده با پایه‌ریزی الگوهای تربیتی و رفتاری و اجرای نقش‌های اجتماعی گوناگون خود، پیامدهای مهمی برای سازگاری روانی - اجتماعی کودکان و نوجوانان دانش‌آموز به همراه دارد (۱). یافته‌های پژوهش‌های مختلف نشان داده است که تجارب خانوادگی، تمام جنبه‌های زندگی کودکان و نوجوانان دانش‌آموز مانند بیش‌فعالی، اختلال سلوک، سازگاری و ... را تحت تأثیر قرار می‌دهد و بالعکس، اختلال‌های رفتاری در آنان بر سازگاری و بهداشت روانی والدین و خانواده تأثیر متقابل دارد (۲ و ۳). از آنجا که خانواده نخستین محیطی است که کودک در آن رابطه برقرار می‌کند، بنابراین مهم‌ترین نقش را در پرورش شخصیت و ویژگی‌های روان‌شناختی و عاطفی بر عهده دارد و کانون سلامتی یا بیماری فرد محسوب می‌شود (۳).

امروزه می‌دانیم که مشکل‌های بهداشت روانی دانش‌آموزان از مسائل مهم اجتماعی به شمار می‌آید (۴). فشارهای روانی، زمانی فقط در بزرگسالان شایع بود، اما اکنون در کودکان چهار ساله نیز دیده می‌شود (۵). پژوهش‌های زمینه‌یابی نشان می‌دهد که از هر پنج کودک، یک نفر مشکل‌های بهداشت روانی دارد، که به‌طور چشمگیری بر کارکرد زندگی روزانه‌ی وی تأثیر مخرب دارد و بسیاری از کودکان دیگر نیز مشکل‌های روبه‌رشدی دارند که بعدها آنان را در معرض خطر ابتلاء به اختلال‌های روان‌شناختی قرار می‌دهد (۶). با تأمل و تعمق در آیه‌ی ۸۹ سوره‌ی شعراء، آیه‌های ۸۳ و ۸۴ سوره‌ی صافات و آیه‌ی ۲۸ سوره‌ی رعد، به‌خوبی مشاهده می‌شود که فرزندان، همان راه و روش والدین را در پیش می‌گیرند و همان شاکله‌ی والدین را در خود ایجاد می‌کنند (۷).

دین‌داری یعنی داشتن اهتمام دینی؛ به‌نحوی که نگرش، گرایش و کنش‌های فرد را متأثر سازد (۸). دینی بودن عنوان عامی است که به هر فردی اطلاق می‌شود که ارزش‌ها و نشانه‌های دینی در او متجلی باشد. تجلی ارزش‌ها و نشانه‌های دینی فرد را می‌توان در نگرش، گرایش و کنش‌های آشکار و پنهان او جست‌وجو کرد (۹ و ۱۰). فرد دین‌دار خود را مقید به رعایت دستورهای و توصیه‌های دینی می‌داند؛ همین تقید و اهتمام به آموزه‌ها و دستورهای دینی، او را از انسان‌های دیگر

تمایز می‌سازد. بر این اساس، از طریق پایبندی و التزام دینی و پیامد دین‌داری و آثار آن در افکار و رفتارهای فردی و اجتماعی می‌توان فرد دین‌دار را از دیگران باز شناخت (۱۱). همه‌ی ادیان جهانی با وجود تفاوت بسیار در جزئیات، حوزه‌های کلی دارند که دین‌داری در آن حوزه‌ها، جلوه‌گر می‌شود. این حوزه‌ها که می‌توان آنها را به مثابه‌ی ابعاد اصلی دین‌داری در نظر گرفت، اعتقادات، مناسک، تجارب، افکار و پیامدها را شامل می‌شود (۱۲). از مهم‌ترین کارکردهای دین‌باوری می‌توان به حمایت روانی، هویت‌یابی و رشد شخصیت اشاره کرد (۱۰ - ۱۲).

ابعاد شخصیت و سبک مقابله، متغیرهای روان‌شناختی مهمی هستند که می‌توانند با سلامت جسمانی و روانی افراد در همه‌ی گروه‌های سنی در ارتباط باشند (۱۳ - ۱۶) و شخصیت هر فرد (عاملی تعیین‌کننده که بر تمامی رفتارهای انسان سایه می‌افکند)، به‌واسطه‌ی صفات و ویژگی‌های ناسازگارانه، می‌تواند او را دچار برخی اختلال‌های روان‌شناختی و جسمانی کند (۱۴ و ۱۶).

بر اساس نظریه‌ی آیزنک<sup>۱</sup>، شخصیت دارای سه عامل مزاجی برون‌گرایی، روان‌رنجوری و روان‌پریشی<sup>۲</sup> است (۱۷ - ۱۹). فرد برون‌گرا (E) دارای مشخصه‌های جامعه‌طلبی، برانگیختگی، خوش‌بینی و نیاز به محرک (۱۷) است؛ از طرفی روان‌رنجوری (N) مبین شدت واکنش‌های هیجانی است. به‌طوری که فرد واکنش‌های شدید و درازمدتی نسبت به تنیدگی نشان می‌دهد؛ و نشانه‌های ناپایدار خلقی، زودرنجی، حساسیت نسبت به مسائل جزئی و اضطراب در او مشاهده می‌شود؛ علاوه‌براین، فرد از انواع ناراحتی‌های جسمانی شکایت دارد (۱۸). عامل روان‌پریشی (P) نیز از نظر رفتاری بر اساس بی‌رحمی، نداشتن حساسیت اجتماعی، فقدان هیجان‌پذیری، بی‌توجهی نسبت به خطر، به‌مخاطره انداختن خود و نفرت از دیگران مشخص می‌شود (۱۹). از آنجا که مکانیسم‌های دفاعی در این سنین هنوز برای روبه‌رو شدن با صدمات جسمانی و روانی کافی نیست، مواجهه با عامل استرس‌زا در آنان بیش از بزرگسالان، نابهنجاری‌های روانی - اجتماعی ایجاد می‌کند (۲۰).

یک اصل مهم برای درک تفاوت‌های فردی در آسیب‌پذیری نسبت به مشکل‌های روان‌شناختی، سبک‌های مقابله‌ی فرد در برابر مشکل‌ها است (۱۳ - ۱۶). به کاربردن سبک‌های ناکارآمد و منفی در برخورد با عوامل آسیب‌زا می‌تواند موجب افزایش

<sup>۱</sup> Eysenck<sup>۲</sup> extraversion, neuroticism & psychoticism

آشفستگی‌های هیجانی، رفتاری و خانوادگی، که فرآیند سیر رشد را از راه‌های گوناگون مختل می‌سازد، نیز به آنها اضافه شود، دشوارتر نیز می‌شود. اختلال‌های روان‌شناختی همبود با دین‌باوری، بی‌نتیجه بودن مراجعه‌های متعدد به روان‌پزشک و به دنبال آن احساس ناامیدی، وابستگی بیش از حد به افراد خانواده و افراد دیگری که از آنان مراقبت می‌کنند یا بالعکس، جدا شدن فرد مبتلا به اختلال، از خانواده و جامعه و رفتن به‌سوی درون‌گرایی، غیبت از مدرسه، مشکل‌های تحصیلی و غیره، همگی موجب می‌شود که فرد، ناراحتی‌اش را بیش از حد تصور کند و امکان مقابله با آن را در خود نبیند.

از بُعد اقتصادی و صدمه‌های انسانی، این‌گونه پیامدهای بلندمدت و آسیب‌شناسی روانی کودکان و نوجوانان دانش‌آموز، بسیار پرهزینه است. در این باره، هرچند پیشگیری ثانویه (مداخله‌های درمانی) همواره کارآمد و مؤثر نبوده است، ولی شواهد نشان می‌دهد، پیشگیری اولیه می‌تواند مشکل‌های روانی - اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی آتی را به‌طور چشمگیری کاهش دهد. بنابراین، این پژوهش با هدف مقایسه‌ی روان‌رنجوری/ روان‌پریشی، درون‌گرایی/ برون‌گرایی و سبک‌های مقابله‌ی در دانش‌آموزانی که خانواده‌های آنان نگرش دینی و یا غیردینی دارند، صورت گرفته است.

### روش کار

این پژوهش از نوع علی - مقایسه‌ی است. جامعه‌ی آماری همه‌ی دانش‌آموزان دختر و پسر مشغول به تحصیل در دوره‌ی راهنمایی سال ۱۳۹۵ شهر کرمانشاه را در برمی‌گیرد (N= ۴۹۹۷). تعداد نمونه بر اساس جدول کرجسی و مورگان<sup>۴</sup> (۱۹۹۷) (با سطح اطمینان ۹۵ درصد و خطای نمونه‌گیری ۵ درصد)؛ و اختلاف میانگین و واریانس مربوط به آن در پژوهش‌های مشابه (دست‌کم سه پژوهش) و با روش نمونه‌گیری خوشه‌ی چند مرحله‌ی، ۳۸۰ نفر به‌دست آمد. در این شیوه‌ی نمونه‌گیری، ابتدا فهرستی از خوشه‌ها (مدارس) تهیه؛ و چارچوب نمونه‌گیری در نظر گرفته شد. به‌عبارت دیگر، شیوه‌ی نمونه‌گیری به‌روش خوشه‌ی چندمرحله‌ی بدین صورت انجام گرفت که ابتدا از بین نواحی سه‌گانه‌ی موجود، به‌صورت تصادفی، دو ناحیه (۱ و ۳) انتخاب؛ و با مراجعه به آموزش و پرورش آن مناطق، لیست تمامی مدارس راهنمایی گرفته شد؛ سپس، از بین مدارس هر ناحیه، ۶

مشکل‌ها گردد، در حالی که به‌کارگیری سبک‌های مقابله‌ی کارآمد و مثبت می‌تواند اثرهای مخرب استرس را در فرد مهار کند و پیامدهای سودمندی در پی داشته باشد (۱۴، ۱۶ و ۲۱). مقابله<sup>۱</sup> (که فرآیندی روان‌شناختی محسوب می‌شود)، به مجموع تلاش‌های شناختی و رفتاری شخص برای غلبه بر شرایط استرس‌زا گفته می‌شود، که شامل تلاش برای اداره و تنظیم تقاضاهای محیطی، درونی و کشمکش میان آنان است (۲۱). نتایج پژوهش ومبل<sup>۲</sup> و همکاران نشان داده که بین ابعاد شخصیتی برون‌گرایی، ثبات هیجانی و گشودگی نسبت به تجربه، با سلامت و بهداشت روانی ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد (۲۲)؛ اما بین روان‌رنجوری و روان‌پریشی با سلامت و بهداشت روانی رابطه‌ی منفی و معکوس وجود دارد. همچنین، نشان داده که روان‌رنجوری ۴۳ درصد از واریانس مربوط به سلامتی را پیش‌بینی می‌کند. نتایج پژوهش گریفیث<sup>۳</sup> و همکاران نیز نشان داده که گرایش‌های دینی در کنار روان‌درمانی می‌تواند هم به روند بهبودی کمک کند و هم از بازگشت نشانه‌های بیماری در بیماران مبتلا به روان‌پریشی بکاهد؛ علاوه براین، مقابله‌ی مذهبی نیز توانسته است از شدت اثرهای بیماری‌های روان‌شناختی بکاهد (۲۳).

نتیجه‌ی پژوهش صالحی و مسلمان نیز نشان داده است که بین نگرش مذهبی با افسردگی و استرس، همبستگی منفی و رابطه‌ی معناداری وجود دارد و بین نگرش‌های مذهبی با اضطراب رابطه‌ی معناداری یافت نشد؛ اما کسانی که نگرش مذهبی بالاتر و معنویت بیشتری داشتند، دارای سلامت روان بالاتری بودند (۲۴). سلم آبادی و همکاران نیز نشان داده‌اند که بین سبک زندگی اسلامی و سلامت روان دو جنس، تفاوت معناداری وجود دارد و مشخصه‌های اجتماعی و جمعیتی نسبت به موضوع جنسیت، نقش مهم‌تری در سلامت روان ایفا می‌کنند (۲۵). توجه به کودکان و نوجوانان دانش‌آموز دارای اختلال روان‌شناختی، از بحث‌برانگیزترین موضوع‌های بالینی و بهداشت روانی است. امروزه کمتر از ۱۰ درصد کودکانی که مشکل‌های بهداشت روانی دارند، در زمینه‌ی اختلال‌های ناشی از عوامل شخصی، خانوادگی و یا موقعیتی، از خدمات مطلوبی بهره‌مند می‌شوند (۴، ۵). چنانچه مشکل‌های دانش‌آموزان، ماه‌ها و سال‌ها بدون شناسایی و درمان ادامه یابد، مشکل‌های بهداشت روانی‌شان در بلندمدت حادث می‌شود. تکالیف رشدی به اندازه‌ی کافی دشوار است، اگر فشارهای ناشی از

<sup>۱</sup> coping

<sup>۲</sup> Womble

<sup>۳</sup> Griffith

<sup>۴</sup> Krejcie & Morgan



پرسش)، روان‌پریشی (۱۶ پرسش)؛ و یک مقیاس دروغ‌سنج است که گرایش به خوب‌نمایی را می‌سنجد و ۲۰ پرسش بعدی را شامل می‌شود (۲۷). رحیمی‌نژاد پایایی و اعتبار آن را بر روی جمعیت نوجوان ایرانی سنجیده است. پایایی به‌دست آمده در هنجاریابی ایرانی برای مقیاس‌های  $P = 0/71$ ،  $P = 0/90$ ،  $N = 0/89$ ،  $E = 0/86$  و  $L = 0/86$  بود. در بررسی همسانی درونی، آلفای کرونباخ نیز، برای مقیاس‌های  $P = 0/70$ ،  $P = 0/72$ ،  $N = 0/82$  و  $E = 0/82$  محاسبه شده است؛ زمان لازم برای اجرای مقیاس نیز، ۴۵ دقیقه در نظر گرفته شده است (۲۸).

**پرسش‌نامه‌ی مقابله با شرایط استرس‌زا<sup>۳</sup>:** این پرسش‌نامه که اندلر و پارکر<sup>۴</sup> (۱۹۹۴) آن را طراحی کرده‌اند، شامل ۴۸ سؤال است که سه سبک مقابله‌ی مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی را اندازه‌گیری می‌کند. هر سؤال دارای ۵ گزینه‌ی لیکرتی (از هرگز تا بسیار زیاد) و هر مقوله شامل ۱۶ سؤال است. یعنی، ۱۶ سؤال رفتارهای مسئله‌مداری؛ ۱۶ سؤال رفتارهای هیجان‌مداری؛ و ۱۶ سؤال رفتارهای اجتنابی را می‌سنجد. طراحان این پرسش‌نامه روایی و اعتبار آن را برای هر دو مقیاس کودک و نوجوان و بزرگسالان در سطح بسیار بالا گزارش کرده‌اند. در هنجاریابی داخلی نیز، آلفای کرونباخ برای کل مقیاس،  $0/83$  و برای زیرمقیاس‌های مقابله‌ی مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی به‌ترتیب  $0/86$ ،  $0/81$  و  $0/79$  گزارش شده است (۲۹).

برای تحلیل داده‌ها علاوه بر استفاده از آمار توصیفی، از تحلیل واریانس یک طرفه<sup>۵</sup> و آزمون تعقیبی توکی<sup>۶</sup> استفاده شده است.

در مرحله‌ی اجرای پژوهش، ابتدا پژوهشگر در یک سخنرانی ۱۵ دقیقه‌یی خود را معرفی کرد و پس از توضیح‌های کامل در مورد پژوهش و هدف آن و نحوه‌ی تکمیل پرسش‌نامه‌ها، از شرکت‌کنندگان خواست که هر سؤال را به‌دقت بخوانند و پاسخ مناسب‌تر را انتخاب کنند. وی همچنین تأکید کرد که نتایج بدون نام و نشان منتشر خواهد شد و اطلاعات پاسخ‌دهندگان محرمانه خواهد ماند؛ و شرکت‌کنندگان هر زمان که مایل باشند، می‌توانند از پژوهش خارج شوند؛ تا افراد با رضایت کامل پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کنند.

### یافته‌ها

مدرسه (۳) مدرسه‌ی پسرانه و ۳ مدرسه‌ی دخترانه) انتخاب شد؛ در نهایت، طی دوره‌ی ۴ ماهه، پس از هماهنگی‌های لازم با مسئولان مدارس و جلب رضایت والدین و دانش‌آموزان، با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، از هر مدرسه چند کلاس انتخاب؛ و از والدین خواسته شد که در یک جلسه به «پرسش‌نامه‌ی گرایش‌های دینی» پاسخ دهند؛ از این تعداد با توجه به نمره‌های پرسش‌نامه، ۱۰۰ خانواده، در گروه دین‌باور، ۱۰۰ خانواده در گروه دین‌گریز و ۱۸۰ خانواده‌ی دیگر در سه گروه معتقد نظری، معتقد عملی و کم اعتقاد قرار گرفتند. سپس پرسش‌نامه‌های شخصیت - قُرم نوجوانان و سبک مقابله‌یی، در بین دانش‌آموزان این خانواده‌ها توزیع شد. در نهایت جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌های ذیل صورت گرفت:

**پرسش‌نامه‌ی گرایش دینی<sup>۱</sup>:** غریبی و قلی‌زاده این پرسش‌نامه‌ی خودگزارشی را که شامل ۳۱ سؤال است، برای سنجش گرایش‌های دینی در بزرگسالان؛ و بر مبنای شاخص‌های اصول دین، ارزش‌های اسلامی، احکام و اخلاق طراحی کرده‌اند (۲۶). این پرسش‌نامه، افراد را در ۵ گروه دین‌دار، اعتقاد نظری به دین، اعتقاد عملی به دین، کم اعتقاد و دین‌گریز طبقه‌بندی می‌کند. افرادی که میانگین اعتقاد عملی، نظری و گرایش‌های مذهبی‌شان بالاتر از ۴ باشد، در گروه دین‌دار؛ افرادی که میانگین اعتقاد نظری‌شان بالاتر از ۴ باشد، در گروه دین‌دار؛ کم اعتقاد عملی به دین؛ و افرادی که میانگین اعتقاد عملی و نظری‌شان پایین‌تر از ۴ باشد، در گروه کم اعتقاد؛ افرادی که میانگین اعتقاد عملی و نظری‌شان بالاتر از ۴ باشد، در گروه اعتقاد عملی به دین؛ و افرادی که به شعار شهادتین دین اسلام و معاد و یکتایی خداوند معتقد نباشند، در گروه دین‌گریز طبقه‌بندی می‌شوند. گروهی از متخصصان، این پرسش‌نامه را از نظر اعتبار صوری تأیید کرده‌اند. همچنین آلفای کرونباخ آن در گروه‌های پنج‌گانه، در دامنه‌ی بین  $0/67$  تا  $0/85$  درصد گزارش شده است (۲۶). در این پژوهش نیز، آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه  $0/89$  و ضریب آلفای کرونباخ گروه‌ها بین  $0/72$  تا  $0/83$  درصد به‌دست آمده است.

**پرسش‌نامه‌ی شخصیت - قُرم نوجوانان<sup>۲</sup>:** این پرسش‌نامه، مقیاسی خودسنجی با ۸۰ سؤال و پاسخ‌هایی به‌صورت «بلی و خیر» است؛ علاوه‌براین، پرسش‌نامه شامل چهار بُعد شخصیت روان‌رنجوری (۲۰ پرسش)، بُعد برون‌گرایی / درون‌گرایی (۲۴)

<sup>2</sup> Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)

<sup>4</sup> Endler & Parker

<sup>5</sup> ANOVA

<sup>6</sup> Tukey post hoc test

<sup>1</sup> Religious Orientation Questionnaire (ROQ)

<sup>2</sup> Eysenck Personality Questionnaire-form Adolescents (EPQ-AF)

اعتقاد، به‌ترتیب ۸/۱۹، ۹/۹۳ و ۱۸/۸۲ بود. در زیرمقیاس سبک مقابله، این میانگین در گروه دین‌باور، برای سبک مقابله‌ی مسئله‌مدار، ۳/۱۷ و برای دین‌گریز ۲/۰۶ بود. اطلاعات توصیفی دیگر در جدول شماره‌ی ۱، قرار گرفته است.

از مجموع ۳۸۰ آزمودنی، ۲۷ درصد افراد در گروه دین‌باور، ۲۷ درصد در گروه دین‌گریز، ۱۹ درصد در گروه معتقد نظری، ۱۶ درصد در گروه معتقد عملی و ۱۱ درصد در گروه کم اعتقاد قرار داشتند. میانگین نمره‌ی کل آزمودنی‌های گروه دین‌باور در ابعاد شخصیت، ۱۱/۴۰ و در گروه دین‌گریز، ۲۰/۰۴ و در سه گروه معتقد نظری، معتقد عملی و کم

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمودنی

متغیر زیرمقیاس‌ها	گروه‌های دینی					مقدار احتمال
	دین‌داری	اعتقاد نظری	اعتقاد عملی	کم اعتقاد	دین‌گریزی	
	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	
روان‌رنجوری	۲/۶۴ ± ۱/۴	۳/۲۹ ± ۱/۲	۴/۱۱ ± ۲/۴	۶/۱۴ ± ۱/۳	۷/۸۶ ± ۲/۴	۰/۰۰۱
روان‌پریشی	۱/۳۲ ± ۱/۲	۳/۳ ± ۲/۱۲	۳/۷۱ ± ۱/۰۵	۷/۶۶ ± ۱/۵	۶/۹۱ ± ۲/۲	۰/۰۰۳
برون‌گرایی	۲/۴۴ ± ۱/۴۷	۲/۱۷ ± ۱/۱۱	۲/۸۸ ± ۱/۰۹	۲ ± ۱/۵۰	۴/۲۸ ± ۲/۵۰	۰/۰۰۱
درون‌گرایی	۲/۲۶ ± ۱/۱۱	۳/۷۸ ± ۲/۲۱	۲/۵۵ ± ۱/۳۳	۲/۱۷ ± ۱/۳۵	۲/۴۴ ± ۱/۱	۰/۶۳۲
نمره‌ی کل	۱۱/۴۰ ± ۳	۸/۱۹ ± ۱/۳	۹/۹۳ ± ۱/۱۵	۱۸/۸۲ ± ۳/۱	۲۰/۰۴ ± ۳/۲	۰/۰۰۱
مسئله‌مدار	۳/۱۷ ± ۰/۷	۳/۱۲ ± ۰/۸	۲/۹۲ ± ۱	۱/۳۸ ± ۱/۱	۲/۰۶ ± ۱/۹	۰/۰۰۱
هیجان‌مدار	۳/۸۶ ± ۱	۳/۲۳ ± ۰/۶	۲/۱۵ ± ۱/۳۰	۱/۰۴ ± ۰/۹	۱/۷۰ ± ۱/۴	۰/۷۲۰
اجتنابی	۱/۶۰ ± ۰/۹	۱/۳۰ ± ۱/۱	۲/۱۹ ± ۰/۱۱	۳/۱۸ ± ۰/۸	۳/۴۲ ± ۱/۶	۰/۱۱۹

۳  
گروه

۳  
گروه

( $P < ۰/۰۰۱$  و  $F = ۱۱/۳۲$ )؛ ولی در سبک‌های ناکارآمد هیجان‌مدارانه ( $P > ۰/۷۲۳$  و  $F = ۱۲/۹۳$ ) و اجتنابی ( $P > ۰/۱۱۹$ ) و  $F = ۲/۲۷$ ) این تفاوت معنادار نبوده است (جدول شماره‌ی ۱). برای مشخص شدن تفاوت بین گروه‌ها، از آزمون تعقیبی توکی استفاده شده است. نتایج نشان داده که ابعاد شخصیت آسیب‌زا (روان‌رنجوری، روان‌پریشی و درون‌گرایی) و سبک مقابله‌ی ناکارآمد (هیجان‌مدار و اجتنابی)، در گروه‌های دین‌باور نسبت به گروه‌های غیردینی پایین‌تر به نظر می‌رسد؛ و این تفاوت از نظر آماری معنادار است ( $P < ۰/۰۰۱$ ).

همچنین، نتایج تحلیل واریانس یک طرفه برای مقایسه‌ی میانگین نمره‌های گروه‌های آزمودنی در هر یک از ابعاد شخصیت و سبک‌های مقابله‌ی نشان داده که در سه بُعد روان‌رنجوری ( $P < ۰/۰۰۱$  و  $F = ۱۲/۷۸$ )، روان‌پریشی ( $P < ۰/۰۰۳$ ) و  $F = ۰/۷۲$ ) و برون‌گرایی ( $P < ۰/۰۰۱$  و  $F = ۵/۱۴$ )، تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد؛ ولی در بُعد درون‌گرایی تفاوتی بین گروه‌ها وجود ندارد ( $P > ۰/۶۳۲$  و  $F = ۳/۵۸$ ). در سبک‌های مقابله‌ی نیز، در سبک مقابله‌ی مسئله‌مداری، بین گروه‌های مورد بررسی تفاوت معناداری مشاهده شده

جدول ۲. ماتریس همبستگی خرده‌مقیاس‌های شخصیت و سبک مقابله و سطح معناداری در کل گروه نمونه

شخصیت	سبک مقابله		
	مسئله‌مداری	هیجان‌مداری	اجتناب
روان‌رنجوری	-۰/۵۰ ( $P < ۰/۰۰۱$ )	۰/۴۳ ( $P < ۰/۰۰۱$ )	۰/۵۵ ( $P < ۰/۰۰۱$ )
روان‌پریشی	-۰/۴۴ ( $P < ۰/۰۰۱$ )	۰/۳۹ ( $P < ۰/۰۰۱$ )	۰/۴۷ ( $P < ۰/۰۰۱$ )
برون‌گرایی	۰/۵۶ ( $P < ۰/۰۰۱$ )	-۰/۳۷ ( $P < ۰/۰۰۱$ )	-۰/۵۴ ( $P < ۰/۰۰۱$ )

\*\* $P < ۰/۰۵$

نکته‌ی که باید به آن توجه شود این است که روان‌رنجوری و روان‌پریشی با سبک مقابله‌ی مسئله‌مدارانه رابطه‌ی منفی؛ و با سبک‌های هیجان‌مداری و اجتنابی، رابطه‌ی مثبت دارند. این یافته در مورد برون‌گرایی متضاد است، یعنی برون‌گرایی با

همان‌طور که در جدول شماره‌ی ۲ مشاهده می‌شود، ماتریس همبستگی خرده‌مقیاس‌های ابعاد شخصیت و سبک‌های مقابله‌ی محاسبه شده است. قدر مطلق ضرایب همبستگی، دامنه‌ی از ۰/۳۷ - ۰/۵۶ را در بر می‌گیرد و در تمام موارد در سطح معنادار ( $P < ۰/۰۵$ ) است.

مسئله‌مداری بین گروه‌های مورد بررسی تفاوت معناداری وجود دارد، ولی در سبک‌های ناکارآمد هیجان‌مدارانه و اجتنابی این تفاوت معنادار نبود. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین (۲۳، ۳۴ و ۳۵) همسو بود. درد شدید، نداشتن بستگان نزدیک و استرس‌های زندگی روزمره، انسان را از نظر روانی درمانده و مستأصل می‌سازد. در این‌گونه موارد، غیر از راه حل درازمدت برای مشکل، فرد نیازمند تسکین و آرامش فوری نیز است. یکی از راه‌هایی که در این حالت به انسان آرامش می‌بخشد، در آیه‌ی ۲۸ سوره‌ی رعد، یاد خدا معرفی شده است «أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ» (۳۶). یاد خدا در این شرایط آثار عملی فراوانی دربردارد. تبیین شناختی آن، این‌گونه است که فرد در این حالت خود را به منبع لایتنهای قدرت و کمال متصل می‌بیند و از تنهایی و استیصال رها می‌شود. همچنین، در آیه‌ی ۲۳ سوره‌ی زمر نیز تأثیر عاطفی یاد خدا، آرامش زودرس در جسم و روان فرد معرفی شده است؛ «ثُمَّ تَلِينَ جُلُودَهُمْ وَ قُلُوبُهُمْ أَلَى ذِكْرِ اللَّهِ» (۳۶). فرد در خانواده‌ی دین‌باور بر اساس تجارب متعدد در زندگی، با این نوع مقابله آشنا است و به مراتب از امنیت روانی بیشتری در زندگی دنیوی برخوردار است؛ اما فردی که در خانواده‌ی غیردینی رشد کرده است، در چنین شرایطی اغلب خود را تنها و بی‌یاور می‌یابد و در نتیجه در معرض آسیب‌پذیری بیشتری قرار می‌گیرد (۲۱).

در نهایت می‌توان گفت که ساختار خانواده‌های با نگرش دینی، در پرورش و آماده‌سازی فرزندان برای رویارویی با استرس‌های روزمره‌ی زندگی، استفاده از امکانات مقابله‌ی سازگارانه‌تر و ایجاد شخصیت‌های باثبات در سلامت و بهداشت روان، نقش مؤثری ایفا می‌کند. در این پژوهش نیز مانند پژوهش‌های دیگری که در حوزه‌ی علوم رفتاری صورت می‌گیرد، محدودیت‌هایی وجود داشت؛ از جمله: محدودیت زمانی در اجرای مطالعه و استفاده از پرسش‌نامه برای جمع‌آوری داده‌ها. از آنجا که ابراز کردن و فروبردن بسیاری از ناراحتی‌های رفتاری و هیجانی، به ارزش‌های اجتماعی - فرهنگی و دینی خانواده مربوط می‌شود، بنابراین، در تعمیم یافته‌ها به فرهنگ‌های دیگر و مقاطع سنی، باید جانب احتیاط رعایت شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در سطح وسیع‌تر و با مؤلفه‌های دیگر روان‌شناختی نیز انجام شود.

### قدردانی

از همه‌ی کسانی که در این پژوهش یاریگر ما بوده‌اند، به‌ویژه

سبک مقابله‌ی مسئله‌مدارانه رابطه‌ی مثبت و با هیجان‌مداری و اجتناب، رابطه‌ی منفی دارد (جدول شماره‌ی ۲).

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش مقایسه‌ی روان‌رنجوری / روان‌پریشی، درون‌گرایی / برون‌گرایی و سبک‌های مقابله‌ی در دانش‌آموزانی بود که خانواده‌های آنان نگرش دینی و یا غیردینی داشتند. نتایج تحلیل واریانس یک راهه نشان داده که در ابعاد سه‌گانه‌ی شخصیت، یعنی روان‌رنجوری، روان‌پریشی و برون‌گرایی تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد، ولی در بُعد درون‌گرایی تفاوتی بین گروه‌ها مشاهده نمی‌شود. نتایج به‌دست آمده در این پژوهش با نتایج پژوهش‌های پیشین، از جمله پژوهش ومبل و همکاران (۲۲)، گریفیث و همکاران (۲۳)، لی<sup>۱</sup> و همکاران (۳۰)، دمیرسی<sup>۲</sup> و همکاران (۳۱) و راکوس-فلسر<sup>۳</sup> (۳۲) همسو است.

پژوهش‌های مختلف نشان داده که ویژگی‌های شخصیتی والدین بر ویژگی‌های شخصیتی فرزندان اثر می‌گذارد (۳۳). ابعاد شخصیت روان‌رنجوری و روان‌پریشی به دو طریق ممکن است با آسیب‌های بهداشت روان در بزرگسالی مرتبط باشند. از یک سو، افراد با باورهای ضعیف دینی، به دلیل نگرانی از آینده و احساس بی‌معنایی و پوچی زندگی، ناتوانی در یافتن پاسخ برای چرایی‌های متعدد زندگی مُدرن، مشکل‌های متعدد تحصیلی و غیره، دچار اختلال‌های اضطراب، افسردگی و مشکل‌های نوروتیک دیگر می‌شوند. به عبارت دیگر، مشکل‌های روان‌شناختی و شخصیتی، با وجود مقاومت در برابر تغییر، پیامد بی‌باوری و گرایش‌های ضعیف دینی هستند. از سوی دیگر، ممکن است روان‌رنجوری و روان‌پریشی بر این مشکل‌ها مقدم باشند و در این صورت دو ساز و کار احتمالی را می‌توان برای آن برشمرد: یکی تسهیل و تقویت رفتارهای ناسالم؛ و دیگری اثرهای فیزیولوژیکی مستقیم. افراد روان‌رنجور و روان‌پریش به دلیل اضطراب وجودی و بی‌معنایی بالا در زندگی و مشکل‌های روان‌شناختی دیگر، ممکن است از طریق عادت‌های غذایی و رفتاری ناسالم، زمینه‌ی ایجاد مشکل‌های روانی - رفتاری دیگر را برای خود فراهم کنند (۱۸ و ۳۳).

یافته‌ی دیگر این پژوهش نشان می‌دهد که در سبک مقابله‌ی

<sup>۱</sup> Li

<sup>۲</sup> Demirci

<sup>۳</sup> Rakovec-Felser

11. Koenig LB. Change and Stability in Religiousness and Spirituality in Emerging Adulthood. *The Journal of genetic psychology*. 2015;176(6):369-85.
12. Espinosa-Hernández G, Bissell-Havran J, Nunn A. The role of religiousness and gender in sexuality among Mexican adolescents. *The Journal of Sex Research*. 2015; 52(8): 887-97.
13. Zhou Y, Li D, Li X, Wang Y, Zhao L. Big five personality and adolescent Internet addiction: The mediating role of coping style. *Addictive Behaviors*. 2017; 64: 42-8.
14. Kwarta P, Pietrzak J, Miśkowiec D, Stelmach I, Górski P, Kuna P, et al. Personality traits and styles of coping with stress in physicians. *Polski merkuriusz lekarski: organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*. 2016; 40(239): 301-7.
15. Bargiel-Matusiewicz K, Kroemeke A. Personality traits and coping styles in women with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome. *Archives of medical science: AMS*. 2015;11(6):1244-9.
16. Xu H, Mu L, Xie X. Relationship of left-behind children's mental health, coping style, personality and self-efficacy. *Wei sheng yan jiu= Journal of hygiene research*. 2015;44(4):559-64.
17. Watson D, Stasik SM, Ellickson-Larew S, Stanton K. Extraversion and psychopathology: A facet-level analysis. *Journal of abnormal psychology*. 2015; 124 (2): 432-46.
18. McCarter KL, Halpin SA, Baker AL, Kay-Lambkin FJ, Lewin TJ, Thornton LK, et al. Associations between personality disorder characteristics and treatment outcomes in people with co-occurring alcohol misuse and depression. *BMC psychiatry*. 2016; 16(1): 210-23.
19. Huguelet P, Brandt P, Mohr S. The assessment of spirituality and religiousness in patients with psychosis. *L'Encephale*. 2016; 42(3): 219-25.
20. Holmes C, Kim-Spoon J. Why are Religiousness and Spirituality Associated with Externalizing Psychopathology? A Literature Review. *Clinical child and family psychology review*. 2016; 19(1): 1-20.
21. Rice VJ, Overby C, Boykin G, Jeter A, Villarreal J, editors. *How Do I Handle My Life Now? Coping and the Post Traumatic Stress Disorder Checklist-Military Version*. Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting; 2014: 58(1):1252-56. SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA.
22. Womble MN, Labbé EE, Cochran CR. Spirituality and personality: understanding their relationship to health resilience. *Psychological reports*. 2013; 112(3): 706-15.
23. Griffith JL, Myers N, Compton MT. How can community religious groups aid recovery for

شرکت‌کنندگان و خانواده‌های محترم آنان و همچنین، مسئولان آموزش و پرورش شهر کرمانشاه سپاسگزاریم. فنی و حرفه‌یی واحد خواهران این شهر، که بدون همکاری آنان انجام این پژوهش ممکن نبود، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

## تضاد منافع

نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافع‌ی درباره‌ی این پژوهش ندارند.

## References

1. Bramlett MD, Blumberg SJ. Family structure and children's physical and mental health. *Health affairs*. 2007;26(2):549-58.
2. Chai LK, Burrows T, May C, Brain K, See DW, Collins C. Effectiveness of family-based weight management interventions in childhood obesity: an umbrella review protocol. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. 2016;14(9):32-9.
3. Shafipour Z, Sheikhi A, Mirzaei M, KazemnezhadLeili E. Parenting styles and its relation with children behavioral problems. *Holist Nurs Midwifery*. 2015; 25(2): 49-56.(Full Text in Persian)
4. Fenske JN, Petersen K. Obsessive-Compulsive Disorder: Diagnosis and Management. *American family physician*. 2015; 92(10): 896-903.
5. Devriese J, Dhar M, Walleghe D, van West D. Hallucinations and obsessive behaviour in an infant with autism spectrum disorder: diagnostic problems. *Tijdschrift voor psychiatrie*. 2015;57(8):608-12.
6. Heidarizadeh N, Behrouz B. The Epidemiology and clinical features of obsessive beliefs and obsessive-compulsive disorder in 8-17 Year old students at Kermanshah City in 2015. *Community Health journal*. 2016;9(4):49-61.(Full Text in Persian)
7. Ahmadi AA. *Personality Psychology from Islamic Perspective*. Tehran: AmirKabir Publication; 2015. (Full Text in Persian)
8. Edgren EL. What Has Religion Got to Do With It? *Critical Care Medicine*. 2016;44(11):2109-10.
9. AbdAleati NS, Zaharim NM, Mydin YO. Religiousness and mental health: systematic review study. *J Relig Health*. 2016; 55(6): 1929-37.
10. Holmes CJ, Kim-Spoon J. Positive and negative associations between adolescents' religiousness and health behaviors via self-regulation. *Religion, Brain & Behavior*. 2016; 6(3): 188-206.

individuals with psychotic illnesses? Community mental health journal. 2016; 52(7): 775-80.

24. Salehi I, Mosalman M. Evaluation of the relationship between religious attitude and depression, anxiety and stress in students of Guilan University. Religion & Health. 2015; 3(1): 57-64. (Full Text in Persian)

25. Salmabadi M, Farahbakhsh K, Zolfaghari SH, Sadeghi M. Evaluation of the relationship between islamic lifestyle and students' mental health at Birjand University. Religion & Health. 2015;3(1):1-10.(Full Text in Persian)

26. Gharibi H, Gholizadeh Z. The relationship between religious orientation and general health. Marifat Journal. 2011;103(2):88-102.(Full Text in Persian)

27. Sagoe D, Andreassen CS, Molde H, Torsheim T, Pallesen S. Prevalence and Correlates of Anabolic-Androgenic Steroid Use in a Nationally Representative Sample of 17-Year-Old Norwegian Adolescents. Substance use & misuse. 2015;50(2):139-47.

28. Rahimi Nezhad A. Adolescents form Eysenck Personality Questionnaire standardization in male and female adolescents in Tehran. Journal of Psychology & Education.33(1):29-54.(Full Text in Persian)

29. Dehghani S, Izadikhah Z, MohammadTaghiNasab M, Rezaei E. The Path analysis of early maladaptive schemas, coping strategies and mental quality of life. J Res Behave Sci. 2014;12(1):1-8. (Full Text in Persian)

30. Li X, Chi P, Sherr L, Cluver L, Stanton B. Psychological resilience among children affected by parental HIV/AIDS: a conceptual framework. Health psychology and behavioral medicine. 2015;3(1):217-35.

31. Demirci K, Yıldız M, Selvi C, Akpınar A. The relationship between childhood trauma and type D personality in university students. International Journal of Social Psychiatry. 2016;62(6):542-8.

32. Rakovec-Felser Z. The Sensetive and Fulfillment of Psychological NEEDS: Medical, Health Care and Students. Collegium antropologicum. 2015;39(3):541-50.

33. Tavakolli Hamed H, Towhidi A, Rahmati A. The relationship between the mothers personality traits andtheir children's personality traits and creativity. Journal of Personality & Individual Differences. 2016;5(1):123-40.(Full Text in Persian)

34. Borges MdS, Santos MBC, Pinheiro TG. Social representations about religion and spirituality. Revista brasileira de enfermagem. 2015;68(4):609-16.

35. Lucchetti G, Ramakrishnan P, Karimah A, Oliveira GR, Dias A, Rane A, et al. Spirituality, religiosity, and health: A comparison of physicians' attitudes in Brazil, India, and Indonesia. International journal of behavioral medicine. 2016;23(1):63-70.

36. Robin Dimatteo M. The Psychology of Health. Tehran: SAMT; 2016. p.760-62 .(Full Text in Persian)